

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

被 保 険 者	被保険者番号										保 險 者 番 号	0	3	4	6	1	1
	フリガナ										生年月日	明・大・昭 年 月 日					
	氏 名										性 別	男 ・ 女					
	住 所	〒 大槌町															
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)		販 売 事 業 者 名 (指定事業者番号)				購 入 額				購 入 日							
		()				円				年 月 日							
		()				円				年 月 日							
		()				円				年 月 日							
福祉用具が 必要な理由														要介護度			
<p style="text-align: center;">大槌町長 様</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 〔添付書類：領収書 福祉用具のカタログ等〕</p> <p style="text-align: center;">申請者（被保険者）</p> <p style="text-align: center;">住 所 大槌町</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印 電話番号</p>																	
<p><委任状> 私は、居宅介護（支援）福祉用具購入費の受領に関する権限を下記の代理人に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 申請者（被保険者）氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p>代理人 住 所 大槌町</p> <p style="text-align: center;">氏 名 申請者との続柄</p>																	

居宅介護（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫 労働金庫 農業協同組合				本 店 支 店 出 張 所			種 目	口 座 番 号								
								1 普通 2 当座 3 その他									
金融機関 コード																	
フリガナ																	
口座名義																	

町記載欄

決定年月日	年 月 日	備 考
対象金額	円	
支給金額	円	